



ISBN: 1646-8929

IET Working Papers Series
No. **WPS02/2011**

Maria João Ferreira Maia
(e-mail: mj.maia@fct.unl.pt)
António Brandão Moniz
(e-mail: abm@fct.unl.pt)

Competências para a Tomada de Decisão na Radiologia
Uma abordagem de Avaliação de Tecnologia

IET
Research Centre on Enterprise and Work Innovation
Centro de Investigação em Inovação Empresarial e do Trabalho
Faculdade de Ciências e Tecnologia
Universidade Nova de Lisboa
Monte de Caparica
Portugal

Competências para a Tomada de Decisão na Radiologia

Uma abordagem de Avaliação de Tecnologia¹

Maria João Ferreira Maia
mj.maia@fct.unl.pt
FCT/UNL

António Brandão Moniz
abm@fct.unl.pt
FCT/UNL

Abstract

We are facing an era, where pressures on health costs are extremely high, and the reforms in health system are almost constant. But over time, one factor remains unchanged – Technology continues being the sustenance of health care. Manufacturers, clinicians, patients, diagnostic and therapeutic technicians, hospital managers, government leaders, among others, either in public or private sector, are increasingly demanding in the sustained seek for information that support its decisions. Those decisions are about different types of issues: if, or how the technology can be developed, whether a technology should or should not enter the market, whether to acquire and use certain technology, and so forth. Such demand is well implied in the growth and development of Health Technology Assessment (HTA). This specialised field is commonly understood according to the International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA, 2003) as an multidisciplinary analysis and decisional field, which studies the implications of clinical, social, ethical and economic development, dissemination and use of health technologies, without neglecting its political analysis (Goodman, 2004). The political decisions made based on HTA reports should be based on scientific evidence, linking efforts between the technical, economic and political dimensions, resourcing to a participatory vision, so that we can translate the best possible decision (Novaes 2006). On the other hand, the success of these decisions depends critically on the skills of the researcher to convey wisdom and confidence in applying rules of argumentation (Grunwald, 2007). In this paper we analyse the technical and methodological aspects of HTA, seen as a tool for evaluating health procedures and techniques. And we analyse the needs for skills and qualifications development of the actors involved in this process.

Key-words: Technology Assessment, decision-making, competences, stakeholders, Radiology, Magnetic Resonance.

JEL codes: I18, M15, O33

¹ Baseado na apresentação feita, com o mesmo título, no XIVº Encontro Nacional de Sociologia Industrial, das Organizações e do Trabalho - Emprego e coesão social: da crise de regulação à hegemonia da globalização Lisboa, em 26 e 27 de Maio de 2011, e posteriormente a ser editado em *proceeding*.

Resumo

Atravessamos uma era, onde as pressões sobre os gastos em saúde são extremamente elevados e as reformas no sistemas de saúde são quase que constantes. Mas ao longo dos tempos, um factor permanece inalterável - a tecnologia continua a ser o sustento dos cuidados de saúde. Fabricantes, clínicos, pacientes, técnicos de diagnóstico e terapêutica, gestores hospitalares, líderes governamentais, entre outros, no sector público ou no sector privado, estão cada vez mais exigentes na procura de informação sustentada que apoie as suas decisões sobre, se ou como a tecnologia pode ser desenvolvida, se determinada tecnologia deve ou não entrar no mercado, se se deve adquirir e usar determinada tecnologia... Esta demanda está bem implícita no crescimento e desenvolvimento da Avaliação de Tecnologia em Saúde, entendida segundo a *International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA, 2003)* como um campo multidisciplinar de análise e decisão, que estuda as implicações clínicas, sociais, éticas e económicas do desenvolvimento, difusão e uso de tecnologias em saúde, sem negligenciar a sua análise política. (Goodman, 2004)

As decisões políticas, tomadas tendo como base relatórios de ATS, devem ser baseadas em evidências científicas, articulando esforços entre as dimensões técnica, económica e política, recorrendo a uma visão participativa, de modo a que se possa traduzir na melhor decisão possível (Novaes 2006). Por outro lado, o sucesso dessas decisões depende criticamente das competências do investigador em transmitir prudência e confiança na aplicação de regras de argumentação (Grunwald 2007).

Nesta comunicação pretende-se analisar aspectos técnicos e metodológicos da Avaliação de Tecnologia em Saúde (ATS), encarada como uma ferramenta de avaliação a procedimentos e técnicas em saúde, bem como analisar as necessidades do desenvolvimento de competências e qualificações específicas dos actores envolvidos nesse processo.

Palavras chave: Avaliação de Tecnologia, tomada de decisão, competências, decisores, Radiologia, Ressonância Magnética

Introdução

A área da saúde faz parte de um sistema social que constantemente sofre alterações devido a factores económicos, políticos, culturais e tecnológicos. Essa área tem por isso a necessidade de se ir adaptando a elas.

Os cidadãos que constituem a sociedade, e recorrem ao sistema de saúde, têm vindo a ser cada vez mais numerosos, e ao mesmo tempo têm conhecido um aumento da sua esperança média de vida. Por estas razões aumenta também a população mais idosa e consequentemente verifica-se um alargamento da necessidade da prestação de cuidados de saúde. Outros factores como o crescente saber científico, a mudança de estilos de vida da população e o aumento da procura dos

serviços de saúde por parte da população, promovem o aparecimento de novas inovações a nível do diagnóstico e da terapêutica.

O Sistema de Saúde, seja privado ou público, vê-se assim no impasse: o de aumentar as condições de saúde da população em geral ao menor custo possível, pois torna-se inquestionável que os recursos que a sociedade pode disponibilizar para os cuidados de saúde são limitados, sendo assim necessário impor alguns limites na procura desses recursos e cuidados de saúde, existindo a necessidade de se estabelecerem prioridades (Silva et al. 2008).

Deste modo, a governação em prática nos sistemas de saúde deve assim ser uma governação eficaz e eficiente, baseada em pilares sólidos de gestão da qualidade e de sustentabilidade dos recursos disponíveis. Essa governação deve ser também baseada em factores como a prática baseada na evidência, e a educação, formação e desenvolvimento profissional sustentados.

Surge assim a necessidade de se incorporarem progressivamente estudos devidamente fundamentados e baseados, que auxiliem e guiem a tomada de decisão nos sistemas de saúde.

1. A Avaliação de Tecnologia na área da Saúde

Nas últimas três décadas, temos assistido a avanços notáveis nas tecnologias da saúde (Goodman 2004) e em diversas áreas, sendo a que mais se destaca a área de diagnóstico por imagem.

Mas numa área tão vasta, importa definir o objecto de estudo da Avaliação de Tecnologia em Saúde (adiante designada como ATS). Se consideramos a “tecnologia” como a aplicação prática do conhecimento, seja ele científico ou outro conhecimento organizado – incluindo qualquer ferramenta, técnica, produto, processo, método, organização ou sistema – em tarefas práticas (Goodman 2004), então a “tecnologia em saúde” inclui medicamentos, diagnósticos, indicadores e reagentes, dispositivos, equipamentos e acessórios, procedimentos médicos e cirúrgicos, sistemas de suporte e sistemas organizacionais e de gestão, utilizados na prevenção, rastreio, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

No sector da saúde a determinação de desenvolvimento, a adopção e a difusão da tecnologia é mediada por um grande grupo de decisores como por exemplo, os fabricantes dos produtos de saúde, as entidades reguladoras, os médicos, os doentes, os gestores hospitalares, os contribuintes, os líderes do governo e outros.

Estes decisores são cada vez mais exigente de informação bem fundamentada para que possam apoiar as suas decisões sobre a existência ou a forma de desenvolver tecnologia, para permitir que determinado mercado, possa adquiri-la e usá-lo, para pagar pelo seu uso... (Goodman 2004). Essa realidade reflecte-se no crescimento e desenvolvimento das Tecnologias em Saúde, tanto no sector privado como no público.

Os recursos são cada vez mais escassos e limitados, contrastando com o aumento de gastos em saúde, em parte, devido ao grande desenvolvimento tecnológico que se faz sentir. Deste modo, a contenção de gastos implica também a necessidade de avaliar os custos decorrentes do uso de tecnologias.

Novas tecnologias promovem custos sob três orientações: em primeiro lugar o impacto do aparente exponencial aumento do número de tecnologias, em segundo, o custo por unidade da nova tecnologia tendem a ser no início, ligeiramente mais elevados do que o tratamento que

substituem, em terceiro lugar e por último, muitas das novas tecnologias são menos simpáticas e confortáveis para o paciente do que aquelas que substituem (Stevens et al. 2003)

De um modo geral, três forças principais levaram ao desenvolvimento da necessidade de estudos em ATS: uma combinação de preocupações acerca da adopção da tecnologia não devidamente testada, aumento de custos e um aumento acentuado na expectativa do consumidor dos serviços de saúde (Stevens et al. 2003).

A necessidade de contenção de custos, bem como a necessidade de justificação clínica e técnica dos actos de saúde, necessitam de informação de alta qualidade. A ATS deverá ser um mecanismo central que permita assegurar que a modernização do Sistema de Saúde português é fundamentada e produz os impactos esperados.

De um modo geral, a ATS fornece aos diferentes decisores de políticas de saúde uma recolha de informação de alta qualidade acerca dos custos, efectividade e impacto geral das tecnologias em saúde, tendo em consideração uma abordagem à evidência, à focalização nos resultados relevantes para o paciente e a razão de que as decisões políticas acerca de um grupo de pacientes irão afectar os restantes. Para além destes factores, existe ainda uma grande preocupação em manter a transparência, os custos oportunidade e a relevância prática.

1.1. O ciclo de vida das tecnologias

O ciclo de vida de uma tecnologia (Figura 1) inicia-se com o processo de invenção, ao qual se segue o processo de inovação e a sua difusão inicial. Assim que uma tecnologia atinge o mercado a fase de inovação termina.

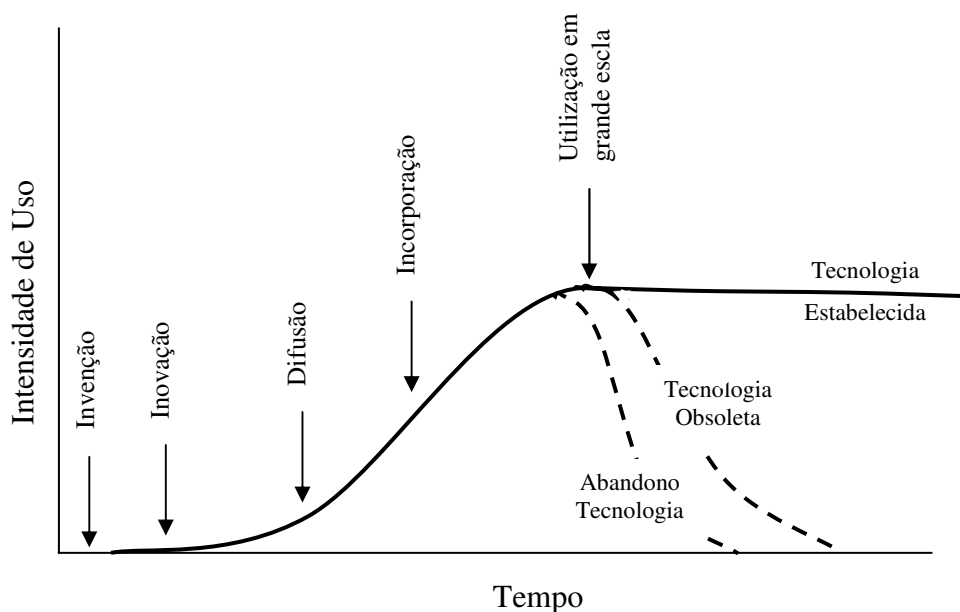


Figura 1- Ciclo de vida da Tecnologia

Fonte: adaptado de Feeny et al., 1986

A intermediar estas fases, usualmente verifica-se um processo de avaliação inicial, numa vertente económica (custos de produção) e outras avaliações, que permitam avaliar as vantagens/desvantagens, benefícios e riscos da implementação destas novas tecnologias. Esta primeira fase de avaliação é limitada, dado que apenas permite quantificar os impactos que serão observados após difusão inicial da nova tecnologia.

Na fase seguinte – fase de difusão - determina-se o grau de aceitação da nova tecnologia. Muitos são os factores que podem influenciar a difusão da tecnologia, nomeadamente, o tipo e o tamanho do hospital, a competição no mercado, a forma de pagamento, etc., bem como a legislação e a regulamentação em vigor. Estes factores podem aumentar ou reduzir a velocidade de adopção da tecnologia.

Com o tempo e o contínuo uso da tecnologia, esta estabelecesse e ganha confiança por parte dos usuários, como que a tecnologia conseguisse ganhar confirmação de status. Esta confiança é assegurada com a comparticipação ou reembolso dos pacientes que se submetem à tecnologia, sendo esta também uma forma de fortalecer os implícitos benefícios que a tecnologia trás à saúde. Esta fase é denominada de – fase de incorporação.

Posteriormente, espera-se que o mercado recorra à nova tecnologia em grande escala – fase de utilização em grande escala – mas nem sempre tal acontece. Por vezes, com o passar do tempo, verifica-se que a tecnologia é subaproveitada e não é rentabilizada, sendo vários os motivos para

esta realidade, como por exemplo, uma má distribuição de recursos, desigualdade no acesso à tecnologia, escassez de profissionais habilitados a trabalharem com a tecnologia...

O ciclo de vida de uma tecnologia termina com o seu abandono – fase de abandono. Nesta fase a tecnologia é posta de parte, ou porque se tornou obsoleta ou por ser ineficaz ou até porque, estrategicamente as empresas necessitem que esta saia do mercado (obsolescência artificial) como mote para o aumento de vendas de uma nova tecnologia.

Os estudos de Avaliação de Tecnologia podem ser aplicados em qualquer altura do ciclo de vida de uma tecnologia. Por exemplo, deve ser realizado um estudo previamente à incorporação de uma tecnologia no sistema de saúde. Este estudo será uma avaliação inicial, numa vertente económica (custos de produção), por exemplo, ou podem ser feitos outros tipos de estudos, que permitam avaliar as vantagens/desvantagens, benefícios/riscos e impactos da implementação destas novas tecnologias. Outro exemplo será o da realização de um estudo de Avaliação de Tecnologia, na fase terminal do ciclo de vida da tecnologia, quando o decisor tem novamente de tomar uma decisão quando ao seu abandono ou não.

Como refere Margarida Paulos, “o poder interactivo surge com uma relação social e é deliberado, procurando produzir um efeito específico no comportamento do indivíduo com quem se interage, podendo ser episódico, salientando o facto de o poder existir através de decisões” (Paulos, 2008:8). Neste sentido, as decisões tomadas a propósito de qualquer fase do ciclo de vida da tecnologia revelam também relações de poder e podem revelar ainda a complexidade das relações sociais nas organizações.

Facilmente nos apercebemos da importância dos estudos de Avaliação de Tecnologia, devendo esta ser considerada como uma ferramenta de apoio à decisão, dado que, através dos seus estudos e avaliações, é produzido conhecimento e é recolhida informação fundamentada científica e metodologicamente, sobre efectividade, utilidade, benefício e eficiência, que auxiliam os diferentes decisores na área da saúde a escolher /decidir entre alternativas tecnológicas existentes.

2. Competências para a Tomada de Decisão

O decisor, necessita avaliar a efectividade e a eficiência de determinada tecnologia, com os custos variáveis e recursos limitados que dispõe, durante o processo de tomada de decisão para a aquisição de tais tecnologias.

Na área da saúde, previamente a tomar qualquer tipo de decisão sobre a avaliação de tecnologia, o decisor deve ter em consideração algumas questões, tais como:

- das tecnologias disponíveis no mercado, quais poderão responder às necessidades da população abrangente?
- as tecnologias identificadas como necessárias irão funcionar para a população abrangente, ou seja, irão gerar o benefício esperado?
- quais os ganhos em saúde para a população com a implementação da tecnologia?
- existem recursos disponíveis e serão suficientes para oferecer e manter a tecnologia a todos os que eventualmente necessitem dela?

- são tidas em conta questões éticas e sociais, quando se distribuem os recursos para que se possam utilizar estas tecnologias?

Para responder a estas questões, os decisores sustentam as suas respostas em estudos de ATS, ou por outras palavras, os estudos de ATS fornecem um conjunto de informações, fiáveis e sintetizadas sobre o efeito e os custos das tecnologias de saúde.

Interessa deste modo identificar, quem são os decisores na área da saúde, tendo em consideração que a sua identificação e caracterização modifica-se consoante o cenário que está a ser alvo do estudo.

Tomaremos como exemplo, a realização de um exame no Serviço de Radiologia, representado sob a forma de um fluxograma (Figura 2)

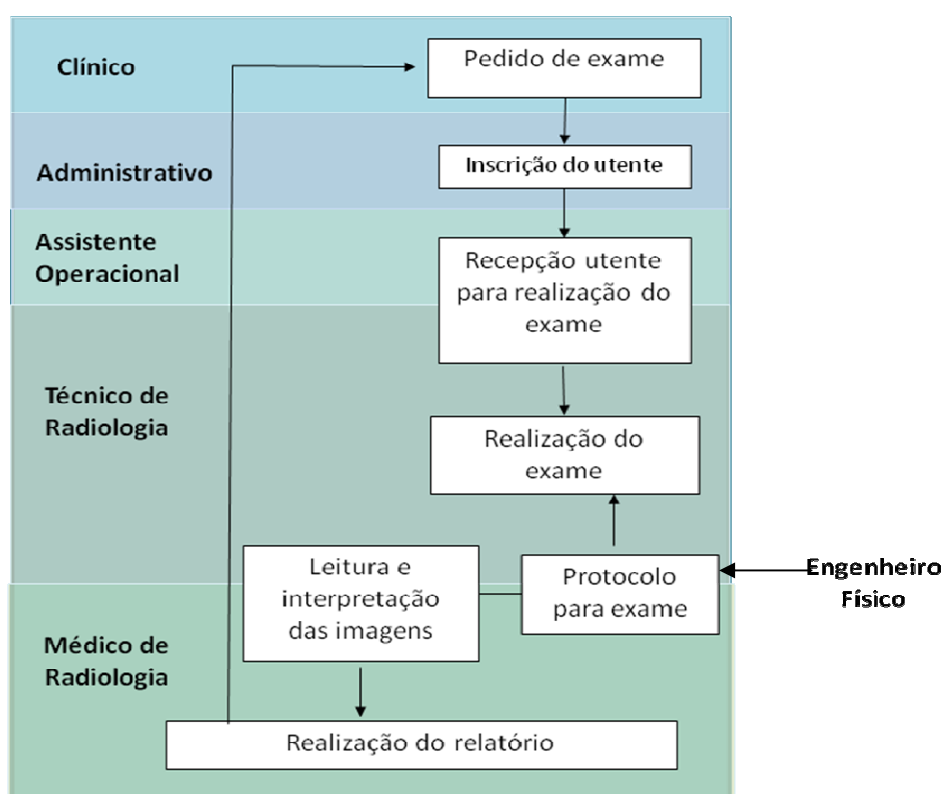


Figura 2 - Fluxograma para a realização de um exame, num Serviço de Radiologia.

Pela análise do fluxograma, identificam-se seis decisores: o **Clínico** que faz o pedido de exame, o **Administrativo** (no Serviço de Radiologia) que recebe o pedido de exame e procede à inscrição ou ao agendamento do mesmo, o **Assistente Operacional** que encaminha o utente, da sala de espera para a sala de exame, onde se encontra o **Técnico de Radiologia** que depois de receber o utente, o orienta na realização do exame. Sob a orientação (ou não) do **Médico de Radiologia** e apoio do **Engenheiro Físico**, o Técnico de Radiologia realiza o exame. O exame poderá depois seguir por um de dois caminhos: seguir directamente para o Clínico que o solicitou ou ser interpretado e relatado pelo Médico de Radiologia antes de ser enviado para o clínico.

De acordo com o “White Paper on Education and Training” da Comissão Europeia existem alguns factores que têm impulsionado as possibilidades de acesso à informação e de conhecimento para as pessoas, mas simultaneamente como consequência, levaram à mudança da organização do trabalho e das competências apreendidas. Esses factores relacionam-se com a internacionalização das trocas comerciais, o contexto global da tecnologia e acima de tudo a emergência da sociedade da informação. (Comissão Europeia,1995)

Esta realidade pode ser observada na área da Radiologia, mais especificamente na Ressonância Magnética, dado ser uma área em constante e rápida evolução tecnológica, dado tratar-se de um sistema cada vez mais complexo, a vários níveis, o que obriga a uma constante actualização de conhecimentos, logo de competências, por parte dos profissionais que com ela lidam e trabalham.

O “White Paper on Education and Training” salienta ainda que como consequência desta nova realidade, algumas pessoas passam por situações de exclusão. (Comissão Europeia,1995). Para que tal aconteça, num Serviço de Radiologia, na área da Ressonância Magnética (e não só!) os profissionais devem fazer por manter os seus conhecimentos actualizados, visto que na actualidade existe facilidade em aceder à informação de modo a não serem excluídos de lidarem com esta técnica imagiológica. Mas não chega aprofundar e desenvolver estes conhecimentos. Existem outras competências que devem ser desenvolvidas para que o profissional não corra o risco de ser e se alienar desta técnica. Deste modo, após a identificação dos principais decisores envolvido, interessa compreender e identificar as competências que estes decisores detêm para serem considerados como tal.

A “competência” pode ser definida como um conjunto de capacidades, habilidades, conhecimento relacionado e atributos, que permitem um indivíduo desempenhar uma tarefa ou uma actividade dentro da sua actividade laboral. No mesmo sentido a definição da OIT refere a competência como uma “capacidade de articular e mobilizar condições intelectuais e emocionais em termos de conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas, necessários para o desempenho de uma determinada função ou actividade, de maneira eficiente, eficaz e criativa, conforme a natureza do trabalho” (OIT, 2002: 22). A OIT refere ainda que a competência deve ser entendida como “a capacidade de mobilizar conhecimentos adquiridos e emoções para a tomada de decisões, para solucionar problemas inéditos e construir o trabalho de forma criativa” dado que os conhecimentos da actualidade estão em consonância com a realidade de produção não massiva (opondo-se à origem da produção consagrada pelo Fordismo e Taylorismo) e do trabalho flexível (OIT, 1999:98)

Na área da saúde, a Word Health Organization, define competência como “capacidades, habilidades, conhecimentos, comportamentos e atitudes que são fundamentais para a obtenção de resultados desejados e, consequentemente, do desempenho no trabalho” (WHO, 2005).

As competências são operacionalizadas a nível dos “Saberes”. Os saberes podem ser descritos como: *saber-saber*, *saber-fazer*, *saber-ser* e *saber-aprender*, que correspondem respectivamente, às competências adquiridas na formação, às competências adquiridas no desempenho da profissão, às atitudes que o profissional assume no seu quotidiano e as capacidades cognitivas que permitem aprender, raciocinar e tratar informação.

A relação entre os diferentes “saberes” foi esquematizada na Figura 3.

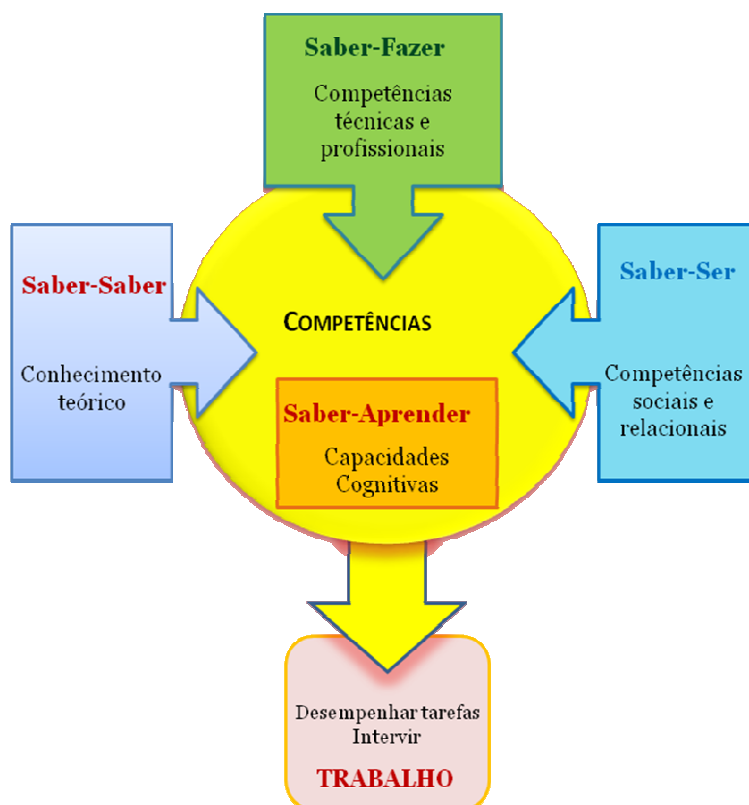


Figura 3 - Esquematização entre os diferentes "Saberes" e as Competências

Fonte: Adaptado de UNIDO, 2002

Estes saberes estão intimamente relacionados entre si, formando um conjunto de saberes, que o profissional vai adquirindo e desenvolvendo ao longo da sua actividade, logo, ao longo da sua vida profissional, à medida que vai modificando as suas competências.

Em Portugal, as decisões sobre a adopção ou não de novas tecnologias são tomadas essencialmente pelos próprios profissionais de saúde, com maior peso a nível dos médicos, uma vez que as razões que determinam a sua escolha são normalmente de ordem técnica ficando assim reservadas a este grupo profissional (Silva et al. 2008). Contudo, verifica-se por outro lado, que existe falta de conhecimento revelada pelos médicos relativamente às técnicas de avaliação económica, em virtude da sua fraca formação em economia da saúde (Silva et al. 2008).

A formação base é assim um factor de extrema importância na definição das competências de cada actor. Como descrito anteriormente, o “saber” a que diz respeito a formação base ou académica é o “Saber-Saber”. Como refere Luísa Pinto a educação é a “capacidade para actuar com eficiência, eficácia e satisfação sobre algum aspecto da realidade pessoal, social, natural ou simbólica... três tipos de saberes: conceptual (saber), procedimental (saber fazer) e atitudinal (ser)” (Pinto, 1999). Interessa assim ter em consideração, que saberes *per se* são necessários, para que cada interveniente no processo de decisão possa ser considerado como tal.

Na tabela seguinte, são listadas as habilitações necessárias à realização das funções, dos diferentes actores intervenientes num Serviço de Radiologia:

Actor	Habilitações
Clínico	Obrigatória inscrição no Colégio de Radiologia da Ordem dos Médicos.
Administrativo	Habilitados com o nível de escolaridade necessário ao bom desempenho das suas funções. Formação em informática é considerada indispensável na óptica do utilizador.
Assistente Operacional	Habilitados com o nível de escolaridade necessário ao bom desempenho das suas funções.
Técnico de Radiologia	Obrigatória a sua habilitação oficial para o exercício da profissão, segundo a legislação em vigor. Licenciatura em Radiologia.
Médico Radiologista	Obrigatória inscrição no Colégio de Radiologia da Ordem dos Médicos.
Engenheiro Físico	Obrigatória a sua habilitação oficial para o exercício da profissão, segundo a legislação em vigor. Licenciatura em Engenharia Física.

Quadro 1 - Habilitações dos diferentes actores

Interessa agora avaliar, como se comportam as restantes competências, no processo de tomada de decisão. Para tal, tomaremos como análise, três exemplos distintos:

Exemplo1 – Recepção do utente, no Serviço de Radiologia

Exemplo 2 – Realização de um exame de Radiologia Convencional

Exemplo 3 – Realização de um exame de Ressonância Magnética

Para uma melhor compreensão, procedeu-se à identificação através de um fluxograma, das etapas necessárias à realização de cada exemplo, bem como a respectiva esquematização, sob forma de uma tabela, dos actores intervenientes, do que resulta:

Exemplo1 – Recepção do utente, no Serviço de Radiologia

Recepção utente	Conhecimen- tos Teóricos	Competências Técnicas e Profissionais	Competências Sociais e Relacionais
Clínico	-	-	-
Administrativo	-	-	-
Assistente Operacional	-	+	+
Técnico de Radiologia	+	+	+
Médico de Radiologia	-	-	-
Engenheiro Físico	-	-	-

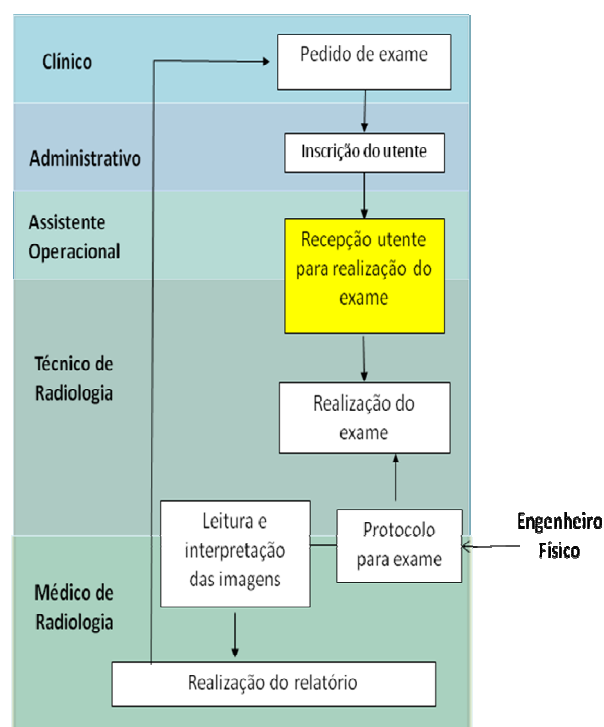


Figura 4 - Fluxograma para a recepção do utente

Quadro 2 - Intervenção dos diferentes actores no exemplo "Recepção do utente"

Pela análise do fluxograma, representado na Figura 4, verifica-se que apenas dois profissionais intervêm, aquando da recepção de um utente no Serviço de Radiologia: o Assistente Operacional e o Técnico de Radiologia. Pela análise do Quadro 2, verificamos que ambos possuem as mesmas competências para realizar esta tarefa, no entanto, o Assistente Operacional não possui conhecimentos teóricos prévios, enquanto o Técnico de Radiologia, possui estes conhecimentos uma vez que lhes são fornecidos na faculdade, enquanto adquire a sua habilitação académica.

Exemplo 2 – Realização de um exame de Radiologia Convencional

Exame de Radiologia Convencional	Conhecimentos Teóricos	Competências Técnicas e Profissionais	Competências Sociais e Relacionais
Clínico	-	-	-
Administrativo	-	-	-
Assistente Operacional	-	-	-
Técnico de Radiologia	+	+	+
Médico de Radiologia	-	-	-
Engenheiro Físico	-	-	-

Quadro 3 - Intervenção dos diferentes actores no exemplo "Realização de um exame de Radiologia Convencional"

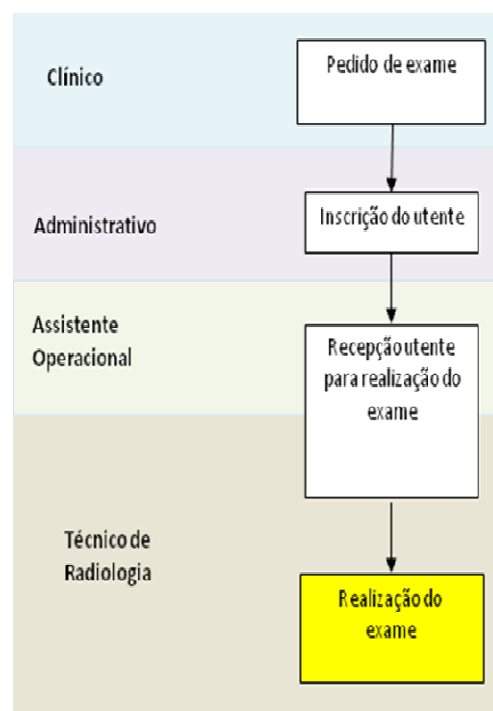


Figura 5 - Fluxograma para a realização de um exame de Radiologia Convencional

Ao analisarmos agora o Quadro 3 e o respectivo fluxograma, referente ao exemplo da realização de um exame de Radiologia Convencional, verificamos que apenas o Técnico de Radiologia intervém na realização deste tipo de exames, sendo o único profissional responsável pela aquisição da imagem. Somente este profissional faz a orientação técnica, sendo o único responsável pelo posicionamento do utente e decisão sobre os parâmetros técnicos necessários para a obtenção de uma radiografia com qualidade, ou seja, que permita obter um bom diagnóstico.

Exemplo 3 – Realização de um exame de Ressonância Magnética

Exame de Ressonância Magnética	Conhecimentos Teóricos	Competências Técnicas e Profissionais	Competências Sociais e Relacionais
Clínico	-	-	-
Administrativo	-	-	-
Assistente Operacional	-	-	-
Técnico de Radiologia	+	+	+
Médico de Radiologia	+	+	+
Engenheiro Físico	+	+	-

Quadro 4 - Intervenção dos diferentes actores no exemplo "Realização de um exame de Ressonância Magnética"

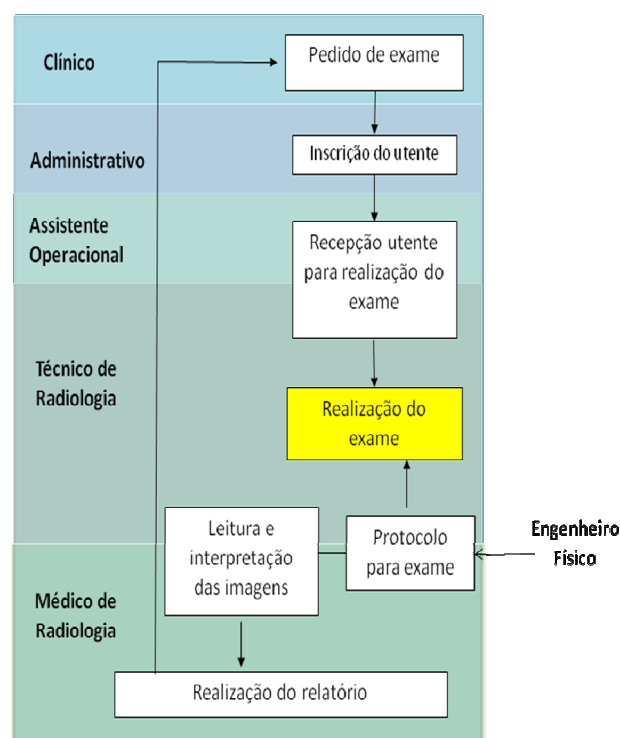


Figura 6 - Fluxograma para a realização de um exame de Ressonância Magnética

O terceiro e último exemplo diz respeito à realização de um exame de Ressonância Magnética. Verificamos que existem mais intervenientes e por isso mais decisores no processo, num total de três. Para além do Técnico de Radiologia, intervém também o Médico de Radiologia e o Engenheiro Físico. Neste tipo de exames, o Técnico de Radiologia trabalha sob a orientação clínica do Médico de Radiologia e sob o aconselhamento do Engenheiro Físico (na optimização da qualidade da imagem).

Após a análise dos três exemplos, facilmente nos apercebemos que, para diferentes tomadas de decisão, são necessários diferentes decisores com diferentes competências.

Inevitavelmente nos questionamos sobre a relação existente entre “competências” e “habilitações”. Esta relação é uma relação válida, uma vez que as habilitações fornecem a cada um dos decisores os conhecimentos teóricos que estes irão utilizar, em maior ou menos escala, consoante o grau da sua participação no processo. A nossa reflexão pode no entanto continuar... Serão as principais profissões associadas à análise radiológica “construídas” em torno de competências clínicas ou de competências tecnológicas? Ou ambas? Se considerarmos como principais profissões, o Técnico de Radiologia e o Médico de Radiologia, teremos de responder: ambas. As diferentes competências (clínicas ou técnicas) estarão presentes em maior ou menor

grau, consoante o profissional e o exame em questão. No entanto estas competências não podem estar dissociadas.

A tomada de decisão estará relacionada com a tecnologia? Uma possível resposta será: sim... se tivermos em consideração que o Serviço de Radiologia só existe porque existe tecnologia associada.... Se retiramos a este serviço hospitalar a tecnologia, este deixará de ter os seus pilares fundamentais, pelo que deixará de ser um serviço especializado de aquisição de imagem para se tornar num outro qualquer serviço.

Que competências tecnológicas são necessárias a ter em conta para cada profissão? Como vimos através dos exemplos apresentados, as competências tecnológicas devem estar presentes nos decisores que lidam ou decidem sobre as próprias tecnologias, pelo que umas profissões dependem dela, outras não...

Que competências deve ter cada decisor? A resposta a esta questão/reflexão varia, pois tudo depende da actividade que cada decisor irá desempenhar.

Conclusão

A ATS é uma avaliação de determinada tecnologia, realizada de modo robusta, sistematizada, transparente e imparcial, cuja componente chave é a revisão sistematizada da literatura, de modo a ser baseada na melhor evidência possível.

Os estudos de ATS, possibilitam melhorar os critérios de governação clínica para obtenção de informações sobre o possível impacto e consequências de uma nova tecnologia, utilizando uma política de investigação que analisa a curto e longo prazo as consequências da aplicação de determinada tecnologia. A ATS contribui assim de forma determinante para a sedimentação de conhecimentos que contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, atendendo à elaboração e actualização de normas, directrizes e políticas de saúde.

A ATS deve ser utilizada como uma avaliação que compreende a segurança e a efectividade, bem como aspectos económico, sociais, éticos, legais e organizacionais, quando uma nova tecnologia é introduzida ou alterada no sistema de saúde. Os decisores devem ser detentores de um conjunto de saberes e competências, que lhes permitam realizar as suas tarefas. A formação, deve ser no entanto adaptada às necessidades de cada um e estar de acordo com a tarefa que vai desempenhar. Por este motivo, também a avaliação de tecnologia (AT) deve ter em especial consideração, as competências que são necessárias as diferentes decisores, num determinado contexto organizacional.

A ATS é sem dúvida uma excelente ferramenta de apoio à tomada de decisão. Permite mostrar através dos seus estudos uma visão mais ampla do problema e orienta o decisor na sua caminhada para a decisão.

Bibliografia

- Comissão Europeia. 1995. *White Paper on Education and Training: Teaching and Learning – Towards the Learning Society*. EU Publications Office.
- Feeny, David, Guyatt, Gordon, Tugwell, Peter. 1986. *Health Care Technology: Effectiveness, Efficiency & Public Policy*. Canada: The Institute of Research on Public Policy.
- Goodman, Clifford S. 2004. HTA 101 - Introduction to health technology assessment. *Journal of the American College of Radiology* 6 (May).
- Grunwald, Armin. 2007. Converging technologies: Visions, increased contingencies of the conditio humana, and search for orientation. *Futures* 39, no. 4 (May): 380-392.
- Novaes, Hillegonda M. D. 2006. Da produção à avaliação de tecnologias dos sistemas de saúde: desafios do século XXI. *Revista de Saúde Pública* 40: 133-140.
- OIT Brasil/MTE. 1999. *Certificação de competências profissionais: discussões*, Brasília: OIT, MTE/FAT.
- OIT Brasil. 2002. *Glossário de Termos Técnicos - Certificação e Avaliação de Competências*, Brasília, Escritório da OIT.
- Paulos, Margarida. 2008. Relação entre o conceito de Poder e o de Acção, *IET Working Papers Series*, Nº WPS03/2008
- Pinto Cueto, Luisa. 1999. Currículo por competencias: Necesidad de una nueva escuela, *Revista de Educación y Cultura*, 43.
- Silva, Carlos A., et al. 2008. Dilemas da Avaliação de Tecnologia em Saúde. *Economia e Sociologia*, no. 86: 43-57.
- Stevens, Andrew, Ruairidh Milne, e Amanda Burls. 2003. Health Technology Assessment : History and Demand. *Journal of Public Health Medicine* 25, no. 2: 98-101.
- UNIDO - United Nations Industrial Development Organization. 2002. *Strengthening Organizational Core Values and Managerial Capabilities*. Vienna, Austria.
- WHO – World Health Organization. 2005. *Preparing a Health Care Workforce for the 21st Century: The Challenge of Chronic Conditions*. France: WHO.